

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1935

N° _____

THÈSE

209

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Georges-Jules PISTCHALSKY

Né le 11 décembre 1898 à Paris

**Tropisme buccal et immunité
locale dans les infections
buccales du nouveau-né**

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1936

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1935

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges-Jules PISTCHALSKY

Né le 11 décembre 1898 à Paris

Tropisme buccal et immunité locale dans les infections buccales du nouveau-né

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1938

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhinc-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.
»	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) .	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngologie
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL	Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologiq.
PETIT-DUTAILLIS . . .	Pathologie chirurgic.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHTER	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
TROISIER	Pathol. expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgic.
Justin BESANÇON....	Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT . . .	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologiq.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
ALAJOUANINE	
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	
SÉZARY	

MM

BASSET	Clinique Chirurgicale.
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	Clinique obstétricale.
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME ANNE-ELISABETH

Mon amie la plus dévouée.

AU DOCTEUR ANTONIO BONORA

Mon meilleur ami.

A MA CHÈRE MAMAN

A MA CHÈRE GRAND'MÈRE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A SA MAJESTÉ EDOUARD VIII ROI D'ANGLETERRE

A SA MAJESTÉ LA SULTANE MELEK-HUSSEIN
EX-REINE D'EGYPTE

A LEURS A. R. LES PRINCESSES SÉMIHA ET KADRIA

AU DUC DE TARANCONE
AU DUC DE TAMAMÈS
Parents d'Alphonse XIII, ex-Roi d'Espagne

AU GRAND ET IMMORTEL POÈTE RUDYARD KIPLING

A LA FAMILLE ROYALE D'AFGHANISTAN

A MADAME ROCKFELLER, MÈRE
Grande bienfaitrice de la France.

A S. E. M. DE ARAMAYO
Premier Ministre de Bolivie

*En hommage respectueux pour la confiance
qu'ils m'ont tous témoignée en me choisissant comme stomatologiste.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Conseiller Technique du Ministère de la Santé Publique
Inspecteur Général des Services Techniques d'Hygiène
de la Préfecture de Police
Chevalier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

*En hommage de profonde admiration et de
reconnaissance.*

A NOTRE MAÎTRE M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Médecin-Chef Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu m'inspirer ce travail, en
témoignage de mon attachement.*

A M. LE DOCTEUR DAUNAY

Assistant à la Maternité de Lariboisière
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a éclairé dans la réalisation de ce
travail. Ma bien vive reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR LEMIERRE

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

M. LE DOCTEUR LEMELAND

M. LE PROFESSEUR CADENAT

M. RAYMOND SACQUÉPÉE
Interne des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR KREIS BORIS

MADAME LA DOCTORESSE KREIS DE MAYO

EXTERNAT

AU DOCTEUR RICHE
Chirurgien de l'Hôpital Tenon

AU DOCTEUR MORANCÉ
Médecin-Chef de l'Hôpital d'Hendaye

TROPISME BUCCAL ET IMMUNITÉ LOCALE DANS LES INFECTIONS BUCCALES DU NOUVEAU-NÉ

Nous présentons les remarques que nous avons pu faire au cours de nombreuses observations cliniques et recherches bactériologiques dans le service du Dr Devraigne.

Elles concernent des remarques sur les conditions d'apparition, l'évolution, le traitement et la prophylaxie des infections buccales chez le nouveau-né.

Nous insisterons sur trois points :

I. — *Tropisme de la bouche* des nouveau-nés vis-à-vis de certains germes.

II. — *L'infection de la bouche* et de ses annexes doit être jugulée précocement en créant une *immunité locale* qui la détruit et empêche :

III. — *La généralisation*, témoin du fléchissement de l'immunité générale, mortelle.

Nous développons trois observations personnelles choisies comme particulièrement suggestives à cet égard.

I. — *Tropisme de la bouche du nouveau-né
vis-à-vis des infections
et de certains germes en particulier*

A) Certaines causes sont facilement tenues pour responsables.

B) Elles ne sauraient expliquer la fréquence de l'infection.

A) *Causes généralement tenues pour responsables.*

Elles sont classiques autant que multiples.

a) Déjà l'infection amniotique agit en créant des lésions buccales d'origine microbienne avant la naissance.

b) Lors de l'accouchement, les manœuvres de :
Moriceau,
Champetier de Ribes.

c) Lorsqu'il faut *ranimer* l'enfant, le bout de la canule, les multiples compresses sèches passées dans la bouche pour ôter les mucosités, peuvent créer des lésions de la muqueuse.

d) Dans l'accouchement normal lui-même, on peut accuser le doigt qui s'est sali en effaçant le périnée devant la tête et va enlever les mucosités dans la bouche.

PLUS TARD :

a) la *tétine* tombée, manipulée pour percer des trous, le bain-marie répandu sur la *tétine*.

b) Nous insisterons sur une cause fréquemment retrouvée :

L'allaitement qui marche mal :

Qu'il s'agisse d'un prématuré non vigoureux, ou de sein mal formé (bout de sein framboisé, mal ombiliqué), ou d'une montée laiteuse insuffisante, la conséquence est la même : les *têtées* se prolongent, les fissures apparaissent et souvent des :

crevasses surgissent : elles s'infectent par la bouche de l'enfant ou par l'extérieur (mère ayant touché ses vaccins ou ceux de son enfant, furonculose du nourrisson). Le *pus* est à l'origine de :

lymphangite,
galactophorite, abcès.

Mais les cas insidieux ou l'infection buccale est le premier signe, ne sont pas les moins difficiles à dépister.

Budin avait remarqué que certains nourrissons qui ne veulent plus prendre, ou qui vomissent déjà, (infection étendue), ou perdent du poids, ont à l'examen : un coryza ou des *plaques ptérygoïdiennes*.

Quant à la mère, elle présente des *globules de pus* à l'examen du lait.

c) *les causes extrinsèques* sont connues depuis longtemps : La contagiosité du *muguet* est affirmée par Bouchut en 1873. Guersant le voit se communiquer au sein de la nourrice. Berg de Stockholm le transplante d'un enfant à un autre en déposant une parcelle de cryptogame sur la langue de celui qu'on voulait contagionner.

Contagion à partir de *furonculose* chez la mère:

Quant à la contagion à partir de *porteur de germe diphtérique adulte*, elle a fait l'objet de nombreuses discussions :

Déjà avant la découverte du bacille de Klebs Loeffler en 1883, Siredey (1877) signale la première épidémie de diphtérie chez le nouveau-né (Parot n'en avait jamais vue). En 1898, Grenet et Lesné découvrent des bacilles de Loeffler dans certains coryzas non membraeux du nourrisson. En 1921, Brindeau signale une épidémie grave avec huit morts sur neuf. On en vient à soulever avec Sacquépée en 1914 la question des porteurs de germe sains. Puis, Ribadeau-Dumas et Lacomme, Gournay, Estradere, insistent sur le rôle de l'ensemencement par ces porteurs de germe. Nous l'avons malheureusement vérifié récemment, à la Maternité de Lariboisière, au cours de trois épidémies récentes où l'injection de sérum à tous nos porteurs de germe nouveau-nés a permis d'enrayer cette épidémie. Le point de départ en étaient certains *agents du personnel hospitalier*, porteurs de germes sains.

— Il peut être facile d'incriminer dans tous ces cas : une faute de l'accoucheur, un défaut de surveillance médicale, un pansement mal fait.

B) Ces causes ne sauraient tenir compte de la ténacité, la fréquence, la prédisposition des débilités à ces infections :

Fréquence : elle paraît énorme depuis l'examen systématique de la bouche des nouveau-nés dès que leur poids tombe sans cause apparente, dès qu'ils vomissent. Elle ne peut même s'expliquer par la :

Prédisposition des débilités : hérédo-syphilitiques, hérédo-tuberculeux.

Prématurés : faits connus depuis longtemps et expliquant la mortalité considérable apparente du muguet pour les classiques (80 %).

Elle existe souvent chez des nouveau-nés paraissant absolument normaux, sans aucun antécédent spécial relevé. On ne peut expliquer de tels cas qu'en invoquant un *tropisme* particulier, une vulnérabilité, spéciale de la muqueuse buccale pour les germes qui peuvent l'infecter.

On peut penser que ce tropisme est favorisé par :

- la fragilité de la muqueuse buccale,
- le défaut de sécrétion salivaire exposant la muqueuse sèche, non protégée par le mucus,
- le refroidissement de la région, affaiblissant l'immunité.

Ce tropisme, soupçonné par Retterer, et vérifié par Moutier, Vincent, et Pretet, dont les hémocultures gingivales décèlent des streptocoques et des *staphylocoques* à l'état pur, succédant à une infection endogène.

II. — *L'infection de la bouche*

A) Germes en cause.

B) Formes cliniques et complications locales.

C) Généralisation.

A) *Germes en cause*

1. La plupart insistent sur la fréquence :

— d'un cryptogame : l'*oïdium albicans*.

— d'un germe : le *streptocoque*.

Et l'absence quasi constante de bacille de Lœffler.

2. Nous avons été amenés à modifier notre avis sur ces deux points de vue :

1) Le *staphylocoque* a été retrouvé dans la presque totalité des cas observés par Daunay, Nouaille et nous-mêmes.

On objecte facilement que l'on retrouve du

staphylocoque partout, dans les hémocultures souillées, que c'est un des germes saprophytes habituels des cavités naturelles et de la peau. Sa responsabilité semble établie par les faits suivants :

— nous l'avons retrouvé le plus souvent à l'état pur, ou associé à des germes saprophytes non pathogènes.

— la guérison par les filtrats polymicrobiens.

Quant aux autres germes, ils sont beaucoup plus rares :

Parfois le *pyo-cyanique* est quelquefois retrouvé.

Le *streptocoque* exceptionnellement.

2. *L'oidium albicans* est inconstant, presque toujours associé au staphylocoque.

3. Nous avons souvent retrouvé du bacille diphtérique vrai contrairement à Mirbeau effectuant des recherches dans le même service, en 1933, au cours des trois épidémies récentes de notre isolement. Remarquons d'ailleurs que les cas de diphtérie vraie, uniquement caractérisés par des fausses membranes ont été exceptionnels. La résistance des nouveau-nés semble remarquable dans les premiers jours, ils restent généralement porteurs de germe sains.

B. — *Aspect clinique et complications locales*

1. *Aspect clinique de la stomatite :*

a) *Stomatite rouge* : stade de congestion buccale avec muqueuse sèche, rouge, chaude, sécrétion salivaire moins fluide, langue rouge, papilles plus apparentes. Enduit *très acide*, favorisant le développement du cryptogame.

b) *Stomatites blanches* : taches blanches, grossissent, confluent,

évoluent par poussées successives de 3 ou 4 jours.

Forment un enduit blanc nacré, dû classiquement à l'oïdium albicans :

ce sont les *plaques ptérygoïdiennes de Parrot* localisées au voile, d'abord au niveau de l'entrecroisement des *péristaphylins*, puis envahissant la ligne médiane, puis tout le voile, la luette, la langue, la joue, et parfois même la paroi postérieure du pharynx. Leur couleur est *blanche, brillante*, quelquefois *diphtéroïde*, sale, incluse dans la muqueuse.

— Il est cliniquement impossible de dire la variété microbienne ou parasitaire en cause. L'ensemencement sur *sérum de bœuf coagulé*, où poussent tous les germes habituels et le bacille diphtérique est nécessaire.

2. *Complications locales.*

De propagation endothéliales (digestives), ou lymphatiques (ganglionnaires), elles ont le même pronostic bénin que l'infection buccale elle-même soignée.

— *digestives* : elles sont monnaie courante, se traduisent par des vomissements *répétés et inexpliqués*, une *perte de poids* isolée. L'examen de la bouche va fournir la clé du diagnostic et le moyen thérapeutique. Par le traitement, on voit vite le poids remonter, les plaques ptérygoïdiennes s'amincir, d'abord vers la ligne médiane, puis vers leur partie originelle. Les nombreuses observations de Daunay en sont un témoignage frappant.

— *ganglionnaires* : pour être plus rares, elles n'en sont pas moins suggestives, nous en possédons actuellement deux cas dans le service, l'une en cours de traitement et évoluant favorablement, l'autre guérie.

OBSERVATION I

Enfant Chu...

Tarnier N° 1.

Accouchement le 2 février 1936, normal, d'un enfant *prématuré* au terme de huit mois.

Poids : 3.050.

Placenta : 500.

Le 11 février 1936, il présente des ganglions sus-claviculaires gauches, puis bilatéraux.

Les jours suivants : apparition d'une *adénite sous maxillaire gauche*, rouge, dure, chaude, accompagnée de : *dysphagie*.

Nous examinons l'enfant : dans la bouche, existent des plaques ptérygoïdiennes étendues. L'orifice du canal de Wharton n'est pas rouge.

On commence à le soigner par des compresses chaudes répétées.

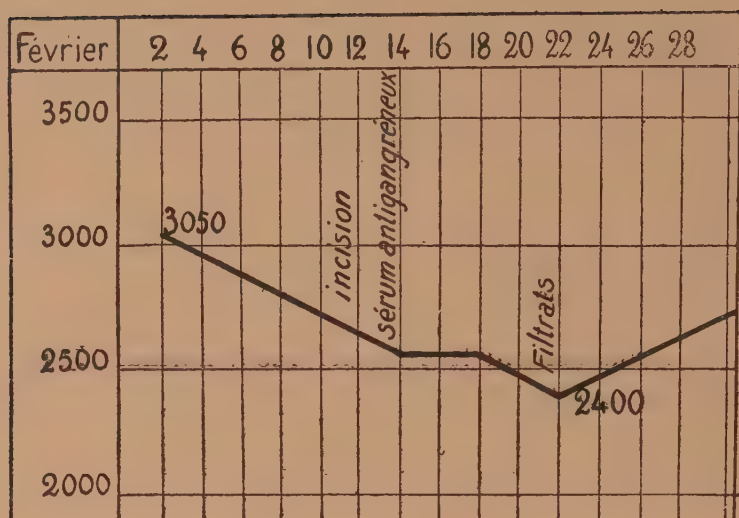
On est obligé de l'inciser : l'incision est trop précoce. L'examen bactériologique montre :

sang,

quelques polynucléaires,

pas de bactéries visibles.

Mais l'examen bactériologique des plaques ptérygoïdiennes nous montre du staphylocoque.



Deux jours après, il fait une gangrène de la glande sous-maxillaire. L'incision a-t-elle coupé l'artère faciale ? Cette gangrène est traitée par la sérothérapie anti-gangréneuse polyvalente locale et générale. La gangrène disparaît avec l'élimination de la glande en peu de temps, mais les ganglions persistent ainsi que l'infection buccale, et le poids baisse rapidement.

On décide alors de traiter l'infection buccale par les *filtrats* poly-microbiens, anti-staphylococciques, anti-strepto et anti-pyocyaniques. La chute de poids s'arrête à 2.400 le jour même et la courbe commence à remonter.

Concurremment je fais examiner le lait de la mère : son sein est normal, elle ne présente aucune crevasse, n'a pas eu de lymphangite, ni de montée

laiteuse douloureuse. Le laboratoire répond : *globules de pus* à l'examen du lait. Il faut arrêter l'allaitement maternel.

Nous concluons : prématuré.

Pus à l'examen du lait de la mère sans aucun signe clinique d'infection maternelle.

Influence favorable des filtrats,

Nécessité de l'examen systématique de la bouche de l'enfant, et de la recherche du pus dans le lait de la mère.

OBSERVATION II

Enfant Tru...

Accouchement du 26 Janvier 1936. Normal.

Avant terme.

Poids : 2.900.

Placenta : 650.

Au bout de quelques jours, on découvre une tuméfaction de la région parotidienne gauche, tuméfaction dure, rose, irrégulière, bosselée, ne semblant pas comprendre les prolongements de la glande.

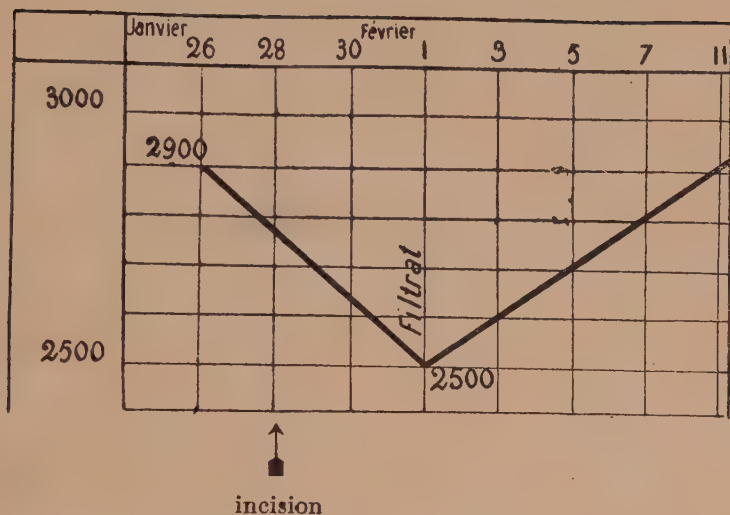
L'orifice du canal de Stenon n'est pas rouge, et la compression de la glande par le palper bi-digital ne ramène pas de pus par l'orifice du canal.

Il s'agit probablement d'*adénite parotidienne*, d'autant plus que la chaîne ganglionnaire carotidienne gauche est atteinte et qu'existent des ganglions sous mentaux.

On examine la bouche : *plaques ptérygoïdiennes* dont on recherche la cause.

A l'examen bactériologique : *staphylocoque*.

On examine le *lait de la mère* : *globules de pus*, mais pas de germe.



Quelques jours après : la tuméfaction parotidienne a augmenté de volume et tend à s'ouvrir à la peau. On incise et trouve une abondante quantité de pus.

Examen du pus : *staphylocoque* à l'état pur.

Pendant ce temps, le poids de l'enfant baisse rapidement.

On commence les applications bi-quotidiennes de *filtrat* sur la muqueuse buccale. La courbe de poids cesse brusquement de descendre (2.500) et remonte progressivement. L'enfant sort guéri le 11 février de la maternité.

Nous concluons : *prématuré.*

Pus dans le lait de la mère.

Traitement : *suppression du lait de la mère.*

Filtrat.

Ces deux observations semblent avoir abouti à la guérison :

d'une part, par la *suppression de la cause* (pus dans le lait de la mère);

d'autre part, la création d'une *immunité locale* par le vaccin en application locale, amenant la guérison.

— *L'absence de traitement* favorise une évolution longue, retentissant sur l'état général, parfois entrecoupée de complications rapidement mortelles :

a) la guérison elle-même est longue, difficile ;

b) cette lenteur évolutive entraîne des désordres organiques graves (Grandclaude et Lesbre) ;

c) les phénomènes digestifs entraînent à la longue une cachexie avec pigmentation addisonnienne (Marfan, Sezary.

d) Chez les diphtériques, même simple porteurs de germes, la diffusion de la toxine est telle que son affinité pour le foie, le cœur, les surrénales, explique la moindre résistance aux maladies

L'infection diphtérique prolongée latente, peut

engendrer des troubles du développement extrêmement graves, le rachitisme, (Marfan et Somsoen).

Chevalley insiste sur la fréquence des maladies et la mortalité chez les porteurs de germe diphtérique.

— Si dans ces cas il semble que l'immunité générale fléchisse lentement,

— elle peut fléchir brusquement : rien ne s'oppose plus à la

C) *Généralisation de l'infection : Septicô-pyohémie*

Nous en avons observé de nombreux cas, voici le dernier en date :

OBSERVATION III

Enfant Lev...

Accouchement du 22 novembre 1935, après une *intoxication alimentaire*.

Prématuré, au terme de huit mois.

Poids : 2.400.

Placenta : 410.

Au bout de quelques jours, il fait un *abcès de la cuisse*, diffus, soigné par des compresses chaudes, il n'évolue vers la suppuration qu'au bout d'une quinzaine de jours.

Examen de la bouche : *plaques ptérygoïdiennes*.

Quelques jours après, le début de l'abcès de la cuisse il fait déjà une *localisation suppurée au coude gauche*. On est obligé de faire l'arthrotomie et la résection des extrémités osseuses. Malgré cela, malgré le drainage au crin, peu de tendance à la guérison. Quelques jours après ; suppuration de *l'autre coude*.

Nous avons essayé en vain de juguler l'infection staphylococcique (staphylocoque à l'examen du pus, provenant du coude) par la vaccinothérapie locale, puis générale.

L'enfant est mort le 22 décembre 1935.

Nous concluons : *prématuré,*
débilité par intoxication maternelle,
traitement trop tardif de l'infection buccale,
septico-pyohémie mortelle.

— La septico-pyohémie n'est possible que par une baisse brutale de l'immunité générale.

Ce *fléchissement* est probablement fonction de multiples facteurs : débilité trop grande,
traitement trop tardif de l'infection buccale,
toxémie diffuse.

Tout se passe comme si :

le nouveau-né naissait en état d'immunité générale remarquable, conférée par la mère, et ne réagissait pas encore par ses propres moyens de défense lorsque son *seuil de résistance est dépassé.*

Tous les moyens doivent viser à arrêter l'infection stomato-tropique à son stade buccal par la vaccination créant une *immunité locale.*

III. — *Traitement*

Nous n'insisterons pas sur les méthodes classiques visant à neutraliser l'acidité buccale par des thérapeutiques alcalines, telles que : l'eau bicarbonatée, etc.,

Il nous semble actuellement préférable après les travaux du Docteur Daunay de faire appel aux méthodes d'immunisation locale par l'application de filtrats.

Technique : *lavage de bouche aux vaccins anti-streptococcique, anti-staphylococcique et anti pyocyanique.*

L'application de filtrat monovalent ne peut avoir semble-t-il de résultats supérieurs.

Dès les premières applications de vaccins, la plaque ptérygoïdienne diminue d'étendue, le poids remonte, les troubles digestifs cessent s'ils étaient déjà apparus.

IV. — *Prophylaxie*

Elle a un tripe but :

1° empêcher *l'ensemencement de la bouche* par des germes extrinsèques (soins d'asepsie).

2° Empêcher la création de *porte d'entrée* d'origine traumatique.

3° Empêcher le *développement* des germes (filtrat).

1) Nous avons vu la difficulté d'empêcher cet ensemencement et la création de *porte d'entrée* traumatique, avant pendant ou après l'accouchement.

a) *L'infection amniotique*. — elle ne devrait pas exister, des fautes sont souvent son origine : poche des eaux rompues depuis trop longtemps,

présentation transversale non diagnostiquée,
touchers vaginaux répétés et inutiles.

Il est difficile d'empêcher l'infection de la bouche du nourrisson.

b) *les manœuvres : Moriceau*. — Ne pas la pratiquer systématiquement, ne pas oublier l'expression abdominale, ne pas être brutal. Il est évident qu'une manœuvre s'accompagnant d'écrasement des bords de la langue ou de décollement partiel crée des lésions muqueuses graves, *porte d'entrée* de l'infection.

c) *Champetier de Ribes* : Lorsqu'on ranime l'enfant ; éviter de chercher les mucosités au doigt nu (l'ongle blesse le voile du palais), éviter de blesser la base de la langue avec la canule.

Dans ces différents cas, ne pas oublier qu'une aepsie rigoureuse, le passage des mains à l'alcool, sont *indispensables* : dans le Moriceau, le doigt traîne sur la paroi postérieure du vagin avant d'arriver dans la bouche de l'enfant.

Nous insisterons surtout sur trois points :

d) la nécessité dans les suites de couches d'un examen systématique du lait de la mère.

e) l'examen médical systématique des personnes pouvant entourer l'enfant.

f) la prophylaxie de l'infection par le vaccin.

d) la nécessité dans les suites de couches d'un *examen systématique du lait de la mère*.

Dans bien des cas une crevasse infectée, une poussée préalable de lymphangite, parfois un abcès commençant paraissent l'origine évidente des accidents.

Il nous est arrivé fréquemment depuis que nous pratiquons *l'examen systématique du lait de la mère*, dès qu'un nourrisson présente une infection buccale ou des troubles digestifs secondaires, de trouver à l'examen cytologique des :

globules de pus,

souvent des germes (staphylocoques).

On ne peut compter sur le *signe de Budin* qui

ne peut faire la preuve que de quantité de pus déjà importante.

On conçoit l'importance pour prévenir de tels cas des soins prophylactiques précédant l'accouchement (lavages quotidiens à l'alcool au tiers).

Pendant la lactation, nécessité de soins minutieux : laver le sein avant et après chaque tétée, avec une solution de sublimé faible par exemple, puis à l'eau bouillie.

Nécessité lorsque l'allaitement marche mal, les tétées sont trop longues, de faciliter par des *bouts de sein* (dispositions anormales), ou des *téterelles*, parfois une *sonde œsophagienne* (Budin.

Même lorsque tous ces soins n'empêchent pas l'apparition du *pus dans le lait*, on conçoit toutes les difficultés que l'on peut avoir pour faire admettre par la femme et par son entourage la nécessité d'interrompre toute prise de lait maternelle : il faut *défendre le nouveau-né contre le lait de sa mère*.

e) *L'examen de l'entourage* doit porter à la fois sur la mère, sur la famille et sur le personnel chargé de la surveillance.

Une *furunculose* chez la mère, un *périnée* qui suppure, une *infection utérine* même légère indiquent l'isolement de la mère, des pansements soigneux, une asepsie rigoureuse sans pour cela d'aucune manière cesser la lactation.

On ne saurait sous estimer l'importance de l'examen systématique de l'entourage, si l'on se souvient qu'existent normalement un à 10 % de porteurs de germes diphtériques (Sacquépée).

Nous en avons découvert de nombreux cas parmi le *personnel hospitalier habituel* de notre Maternité. On doit les éliminer, empêcher tout contact avec les nouveau-nés ne les reprendre qu'après trois examens négatifs successifs à huit jours d'intervalle. Il est extrêmement difficile de les débarrasser du bacille de Loeffler. La thérapeutique d'immunité locale par le sérum de Martin paraît être la méthode de choix. (Pastilles au sérum, inhalation de poudre de sérum).

f) *Prophylaxie de l'infection par le vaccin.*

Dès le moindre doute, il sera de bonne précaution de faire les attouchements bi-quotidiens au *filtrat*, en tout cas dès l'apparition de la stomatite rouge qu'une thérapeutique classique consciencieuse n'arrive pas toujours à enrayer.

L'infection diphtérique nette ou larvée nécessite l'association de sérum préventif anti-toxique sous cutané et du sérum de Martin en applications locales.

CONCLUSIONS

Dans la fièvre typhoïde existe un tropisme marqué du bacille d'Eberth pour la partie terminale de l'intestin grêle. La *vaccination locale* (Bilivaccin) entreprise à la suite des recherches de Besredka donne d'excellents résultats.

Une épidémie récente de *dysenterie à colibacilles* chez le nouveau-né n'a pu être guérie après avoir fait le tour de la thérapeutique habituelle, que par *l'ingestion de vaccin anti-colibacillaire*.

Dans la diphtérie il apparaît que si le sérum anti-toxique agit sur la toxine, on ne peut arriver à bout de l'infection buccale, siège électif du bacille diphtérique, que par une thérapeutique *d'immunsation locale : sérum de Martin* (résultat inconstant des lavages au novar ou à la trypaflavine).

De même :

1° la bouche est le siège d'un *tropisme électif* pour certains germes auxquels est spécialement exposé le nouveau-né :

staphylocoque,

pyocyanique,

streptocoque,

2° Si l'infection reste *localisée à la bouche ou à ses annexes*, (adénite, parotidite exceptionnelle Daunay 1907, infection intestinale) :

Gravité minime, on peut généralement obtenir l'immunité locale suffisante pour la destruction des germes et empêcher leur propagation par les filfrats vaccins.

3° La propagation au reste du *tube digestif* (endoderme) avec perte de poids est encore justiciable de cette thérapeutique *locale*.

4° *Gravité* si la *septico-pyohémie* traduisant le fléchissement de l'immunité générale succède au stade d'infection locale. Mort sans aucun résultat de la vaccination.

5° Nécessité d'une *prophylaxie rigoureuse* visant :

l'asépsie des manœuvres obstétricales,

l'asepsie de la lactation,

l'examen systématique de la bouche des nouveau-nés dès le moindre trouble digestif, dès la moindre *perte de poids*. Et dans ce cas :

la recherche systématique du pus et des germes dans le lait de la mère,

l'examen de l'entourage et la recherche des porteurs de germe sain. (personnel hospitalier).

Le traitement par le *filtrat polyvalent* en application locale dès les premiers signes d'infection buccale.

Vu et permis d'imprimer :

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président,*
L. TANON.

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BRINDEAU. — Petite épidémie de diphtérie chez les nouveau-nés (Bulletin de l'Académie de Médecine et Mémoires, 8 Octobre 1921).
- CHEVALLEY. — Thèse de Paris, 1921. Etude de la diphérie chez le nouveau-né et le nourrisson.
- DAUNAY. — Traitement des infections de la bouche et de la peau chez le Nouveau-né et des mammites chez la mère nourrice par le filtrat de Stock, bouillon-vaccin (La Médecine, Avril 1934).
- Traitement des infections buccales non diphtériques chez le nouveau-né par la méthode de vaccination locale de Besredka (Communication à la Société Odontologique de France, Juin 1934).
 - Résultats obtenus avec le filtrat de bouillon-vaccin-polymicrobien : 1° Dans le traitement des infections de la bouche et des infections de la peau chez l'enfant nouveau-né ; 2° Dans le traitement prophylactique et curatif des crevasses et des lymphangites du sein (Communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, mars 1934).
- DEVRAIGNE. — Les infections de la bouche chez l'enfant nouveau-né, leurs différents modes de traitement (Annales de Thérapie biologique, 13 juin, juillet 1934).
- GOURNAY. — Traitement des porteurs de germe, Société de Pédiatrie, 8 Juillet 1930).
- GRANDCLAUDE et LESBRE. — L'infection dentaire focale et ses retentissements organiques (Presse Médicale, 26 Septembre 1931).
- MIRBEAU. — Contribution à l'étude de la diphtérie chez le nouveau-né (Thèse de Paris, 1933).

MOUTIERS (Vincent) et PROTET. — Etude et traitement de l'infection bactérienne gingivale. Technique, médication, résultat dans les toxi-infections éloignées (Presse Médicale 1932).

SOMSCËN. — Thèse de Paris, 1927.

TANON. — Hygiène générale. Désinfection, prophylaxie. Paris, Maloine 1929.

